

Nombre del capítulo:	Política #	Estándares
3 - Administración y Recursos Humanos	3.23	AAHC:

Título:	CfC de Medicare:
Política de Asistencia Financiera	

## Propósito

Esta Política de Asistencia Financiera ("Política") establece la política que debe seguir Leigh Orthopedic Surgery Center, LLC en: (1) determinar la elegibilidad para asistencia financiera para aquellos pacientes que reciben servicios médicamente necesarios; (2) calcular los montos cobrados a un paciente elegible para Asistencia Financiera; y (3) facilitar el proceso de solicitud de asistencia financiera para el paciente. Además, esta Política describe las prácticas de facturación y cobros de Leigh Orthopedic Surgery Center, LLC para los servicios de atención médica proporcionados en sus instalaciones, incluidos los esfuerzos que Leigh Orthopedic Surgery Center, LLC hará para determinar la elegibilidad de un paciente para la Asistencia Financiera antes de participar en Acciones Extraordinarias de Cobro en caso de falta de pago.

## Definiciones

**Montos generalmente facturados o AGB** – Montos generalmente facturados por el Centro de Servicios Médicamente Necesarios a personas que tienen seguro que cubre dicha atención, determinados de acuerdo con tres. Reg. Sec. 1.501 (r) -5 (b).

Período de **solicitud**: período de tiempo que comienza al comienzo del continuo de atención de un paciente hasta 240 días después de la provisión del primer estado de cuenta posterior al alta del paciente.

**Servicios cubiertos** - Servicios médicamente necesarios proporcionados por el Centro.

**Servicios de emergencia**: atención o tratamiento proporcionado por el Centro para una "afección médica de emergencia", tal como se define dicho término en EMTALA.

**EMTALA** – Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R. § 489.24).

**Acciones extraordinarias de cobro o ECA** – Acciones extraordinarias de cobro según se definen en tres. Reg. Sec. 1.501(r)-6(b).

**Pautas Federales de Pobreza - Pautas** federales de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Véase <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> para la directriz actual

**Asistencia financiera** – Una reducción en la cantidad de Cargos Brutos de la Instalación para aquellos pacientes que son elegibles para el alivio financiero bajo esta Política.

**Cargos brutos**: el precio completo y establecido de una instalación por los servicios de atención médica que la instalación hospitalaria cobra de manera consistente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier asignación contractual, descuento o deducción.

**Instalación:** una instalación quirúrgica ambulatoria que requiere licencia hospitalaria bajo el Título 32.1, Capítulo 5 del Código de Virginia.

**Ingreso familiar –** El ingreso bruto anualizado para un paciente y todos los miembros de su hogar que se reclaman en la misma declaración de impuestos federales.

**Pacientes asegurados:** personas con cualquier seguro de salud gubernamental, comercial, de atención administrada o privado.

**Servicios médicamente necesarios:** servicios razonables y necesarios requeridos para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que se realizan de acuerdo con los estándares de atención reconocidos en el momento del servicio y que no son principalmente para la conveniencia del paciente o el médico del paciente u otro proveedor de atención médica.

**Reclamos de responsabilidad de terceros:** cualquier reclamo que un paciente pueda tener contra otra persona, aseguradora o entidad responsable de cubrir el costo de los servicios médicos del paciente.

**Pacientes sin seguro:** personas que no tienen seguro médico gubernamental, comercial, administrado o privado o cuyos beneficios de seguro se han agotado.

## Servicios cubiertos

El Centro no emplea a sus propios médicos. Cada médico factura por separado por sus servicios y sigue sus propios procedimientos de facturación y cobros. No hay proveedores, aparte de la propia Instalación, que ofrezcan Servicios Médicamente Necesarios en la Instalación que estén cubiertos por esta Política. Esta declaración se aplica a todos los servicios quirúrgicos proporcionados en el Centro.

SOLO LOS SERVICIOS CUBIERTOS PROPORCIONADOS EN LA INSTALACIÓN POR LA PROPIA INSTALACIÓN SE CONSIDERAN ATENCIÓN AL PACIENTE ELEGIBLE BAJO ESTA PÓLIZA. El Centro no tiene la autoridad para ofrecer Asistencia Financiera con respecto a los cargos de médicos u otros profesionales de la salud que no están empleados por el Centro. El Centro tiene licencia como hospital quirúrgico ambulatorio bajo el Título 32.1 Capítulo 5 del Código de Virginia y no proporciona Servicios de Emergencia.

## Descalificación de asistencia financiera

La Asistencia Financiera no está disponible para pacientes que no cumplan razonablemente con los requisitos aplicables del pagador, incluidos, entre otros, la obtención de autorizaciones, referencias u otros requisitos para la adjudicación de reclamos.

La Asistencia Financiera no está disponible cuando un Reclamo de Responsabilidad de Terceros relacionado está disponible para el paciente. Las excepciones se determinan caso por caso, sobre la base de los hechos y circunstancias particulares.

La Asistencia Financiera será denegada si un paciente o la parte responsable / garante del paciente proporciona información falsa con respecto a sus ingresos, tamaño del hogar, activos, pasivos, gastos u otros recursos disponibles que podrían indicar un medio financiero para pagar los Servicios Cubiertos.

## **Criterios de elegibilidad y determinación del monto de la asistencia financiera**

Los pacientes son elegibles para solicitar Asistencia Financiera para Servicios Cubiertos bajo esta Política en cualquier momento durante el Período de Solicitud. Los ingresos familiares de cada paciente se evalúan a la luz de hechos y circunstancias relevantes, como los ingresos, activos, pasivos, gastos y otros recursos disponibles para el paciente o la parte responsable del paciente, al determinar el nivel de asistencia financiera para el que un solicitante califica bajo esta Política.

Teniendo en cuenta todos estos otros factores, se utilizan los siguientes criterios de ingresos del hogar para determinar qué cantidad, si la hubiera, del saldo pendiente de la cuenta del paciente relacionado con los Servicios cubiertos para pacientes se eliminará como Asistencia Financiera:

- Los pacientes sin seguro con ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza vigentes en ese momento son elegibles para una cancelación completa del 100% de los Cargos Brutos de las Instalaciones Hospitalarias relacionados con los Servicios Cubiertos bajo esta Política.
- Los pacientes asegurados con ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza vigentes en ese momento son elegibles para una cancelación completa del 100% de cualquier saldo restante de responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado los Servicios Cubiertos bajo esta Póliza.
- Los pacientes sin seguro con un ingreso familiar superior al 200% de las Pautas Federales de Pobreza vigentes en ese momento no son elegibles para asistencia financiera bajo esta Política. Sin embargo, deben comunicarse con el Centro como se describe en esta Política para determinar si pueden calificar para los descuentos ofrecidos fuera de esta Política.

Es posible que se requiera que los solicitantes de Asistencia Financiera bajo esta Política presenten cualquiera de los siguientes documentos para verificar los Ingresos del Hogar durante el Período de Solicitud: tres talones de pago más recientes en el momento de la solicitud; la declaración anual de impuestos federales más reciente o W-2 en el momento de la solicitud; verificación del empleador; documentos de asistencia gubernamental; cartas de determinación de seguridad social, compensación de trabajadores o compensación por desempleo; extractos bancarios; o cualquier otro documento que proporcione prueba de los ingresos del hogar. El Mecanismo también puede utilizar los datos de ingresos, activos, pasivos, gastos y otros recursos de consultas de crédito de terceros y fuentes de datos disponibles públicamente como evidencia para determinar y validar la elegibilidad de Ingresos Familiares para Asistencia Financiera de un solicitante bajo esta Política.

No se presume que las determinaciones previas de elegibilidad de un paciente con respecto a la Asistencia Financiera se apliquen a nuevos episodios de atención para ese paciente. Se debe completar una nueva solicitud de asistencia financiera.

De conformidad con esta Política, una vez que se determine que un paciente es elegible para asistencia financiera en virtud de esta Política, no se le cobrará ningún AGB por los Servicios cubiertos en virtud de esta Política y, por lo tanto, los cálculos de AGB no son aplicables.

## **Métodos para solicitar u obtener asistencia financiera**

La Solicitud de Asistencia Financiera está disponible en el área de registro de pacientes del Centro y también se puede enviar por correo de forma gratuita a los pacientes que lo soliciten llamando al centro de cirugía o enviando una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Centro de Cirugía Ortopédica Leigh, LLC  
A la atención de: Business Office Manager  
6201 E. Virginia Beach Blvd, Suite 200  
23502, Norfolk, Virginia

Las solicitudes completadas de asistencia financiera, junto con la prueba de ingresos del hogar, deben enviarse por correo a la dirección establecida en esta Política. Alternativamente, un paciente puede devolver una solicitud completa, junto con la prueba de ingresos del hogar, al área de registro de pacientes de la instalación.

Los pacientes que necesiten información adicional sobre esta Política, o que necesiten ayuda con el proceso de solicitud de Asistencia Financiera, pueden llamar al (757) 624-0700 o visitar la ubicación anterior de lunes a viernes durante el horario comercial normal para hablar con el Gerente de la Oficina Comercial.

## **Duración de la elegibilidad**

Las determinaciones de elegibilidad bajo esta Política son efectivas para los Servicios Cubiertos prestados hasta 240 días antes de la fecha de aprobación final de la solicitud de Asistencia Financiera, y no se aplican a las fechas de servicio después de esta fecha de aprobación final de Asistencia Financiera.

## **Medidas adoptadas en caso de impago (cobros):**

Se realizan esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para la Asistencia Financiera bajo esta Política con respecto a los Servicios Cubiertos antes de participar en los esfuerzos de cobro con respecto a dicho paciente. Tales esfuerzos incluyen notificar a un paciente sobre esta Política, ayudar a un paciente a remediar una Solicitud de Asistencia Financiera incompleta e informar a un solicitante de Asistencia Financiera sobre su determinación de elegibilidad una vez que se haya recibido una solicitud completa.

Si, después de que se toman los esfuerzos razonables, se descubre que un paciente no califica para la Asistencia Financiera bajo esta Política o no responde a los esfuerzos del Centro para obtener la información necesaria para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera, la cuenta del paciente puede ser trasladada a una deuda incobrable y la cuenta morosa entregada a una agencia de cobranzas de terceros. El Mecanismo podrá tomar las ECA una vez que se haya entregado una cuenta a la agencia de cobranzas. Las ECA pueden incluir la notificación de la cuenta morosa a una o más agencias de informes del consumidor (agencias de crédito), así como diferir o denegar los Servicios cubiertos, o requerir un pago antes de proporcionar los Servicios cubiertos, debido a la falta de pago de los Servicios cubiertos

proporcionados anteriormente. Además, el Mecanismo puede presentar demandas, tomar sentencias, registrar juicios o escrituras de fideicomiso, colocar gravámenes sobre bienes raíces y embargar salarios y otros activos.

Antes de categorizar las cuentas de los pacientes como deudas incobrables, el Centro, como parte de su proceso de cobros de rutina, envía por correo una serie de tres estados de cuenta de los pacientes y también puede hacer intentos por teléfono para contactar a los pacientes. El Centro también recluta los servicios de proveedores de elegibilidad para ayudar a los pacientes sin seguro a solicitar programas gubernamentales, como Medicaid. La Instalación utiliza tecnología y otros servicios de proveedores para ayudar a identificar la información del pagador de un paciente cuando dicha información no se comunica a la Instalación durante el proceso de registro del paciente.

En caso de impago o ausencia de cualquier acuerdo de pago mutuamente acordado, el Mecanismo considerará que una cuenta es una deuda incobrable y podrá realizar ECA después de 120 días a partir de la provisión del primer estado de cuenta posterior al alta de un paciente. A un paciente se le enviará por correo una serie adicional de tres estados de cuenta del paciente cuando la cuenta se considere una deuda incobrable. Cualquier cuenta (s) no pagada (s) que quede al final de esta segunda serie de declaraciones al paciente se revisará para su consideración legal o posible colocación con una agencia de cobranzas externa.

Los saldos de los pacientes son elegibles para la evaluación de Asistencia Financiera durante el Período de Solicitud. Al recibir una Solicitud de Asistencia Financiera durante el Período de Solicitud, cualquier ECA se suspende hasta que el Mecanismo realice una determinación final de elegibilidad. Un solicitante de Asistencia Financiera que proporcione información incompleta durante el Período de Solicitud recibe un período de tiempo razonable, según lo determine el Mecanismo y sobre la base de los hechos y circunstancias particulares, para responder al aviso escrito del Mecanismo que describe la información y / o documentación adicional requerida para completar la solicitud. Si el solicitante no responde a la solicitud de información adicional del Mecanismo dentro de un plazo razonable, según lo determine el Mecanismo y sobre la base de los hechos y circunstancias particulares, las ECA podrán reanudarse.

Al menos 30 días antes de que el Centro inicie cualquier ECA, se notifica al paciente, por escrito, con respecto a cualquier ECA que el Centro tenga la intención de iniciar para obtener el pago, así como la disponibilidad de Asistencia Financiera para las personas elegibles. Junto con este aviso, se proporciona al paciente un resumen en lenguaje sencillo de esta Política. El Centro también hará un esfuerzo razonable para notificar oralmente a sus pacientes sobre esta Política y cómo pueden obtener asistencia con el proceso de solicitud de asistencia financiera durante el período entre el envío por correo del aviso de inicio de la ECA y la reanudación o iniciación de las ECA. Los ECA (s) pueden ocurrir no antes de 120 días a partir de la provisión del primer estado de cuenta posterior al alta de un paciente, como se describe en Treas. Reg. Sec. 1.501 (r) -6 (c) (3) (i).

El Gerente de la Oficina comercial de la Instalación es responsable de determinar que la Instalación ha hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para la Asistencia Financiera bajo esta Política antes de participar en cualquier ECA.

## **Excepciones a esta Política**

Al Gerente de la Oficina comercial del centro se le otorga la autoridad para proporcionar excepciones de elegibilidad y determinación a esta Política caso por caso, según corresponda a los hechos y circunstancias de un paciente individual. En ningún caso se le negará a un paciente asistencia financiera si cumple con los requisitos establecidos de elegibilidad y determinación para los Servicios Cubiertos establecidos en esta Póliza.